



Health Declaration Form

To protect your health, public health officers need you to complete this form. Your information would help public health officers to contact you if you were exposed to a communicable disease. It is important to fill out this form completely and accurately. Your information is intended to be held in accordance with applicable laws and used only for public health purposes.

FirstName:

Имя

Surname:

Фамилия

Nationality:

Национальность

Gender:

Пол

Emirates ID/Passport No.:

Паспорт

Date of Flight:

Дата прилета

Flight Number:

Номер рейса

Seat Number:

Номер места

Airport of Departure:

Аэропорт отправления

Final Destination:

Пункт назначения

Contact Number:

Контактный телефон

Second Contact Number

Второй контактный телефон

Address in the UAE

Emirate of residence:

Адрес в ОАЭ

Area and street:

Эмират и улица

Hotel name or villa/

flat number:

Название отеля / Номер в отеле

1. Have you been diagnosed as COVID-19 (Novel Coronavirus) patient? if yes when:
Болели ли Вы COVID-19? Если да, то когда
2. Did you, in the past 14 days, come in close contact with someone who has been diagnosed with COVID-19? Yes/No
Вы контактировали с заболевшими COVID-19 в последние 14 дней? Да / Нет
3. Have you had any fever or respiratory symptoms “coughing, sneezing, trouble breathing” in the past 3 days? Yes/No
Были ли у Вас симптомы респираторного заболевания в последние 3 дня? (кашель, насморк, затрудненное дыхание) Да / Нет
4. Do you have health insurance valid in the UAE? Yes/No
У Вас есть медицинская страховка, валидная в ОАЭ? Да / Нет
5. Have you travelled to any other country in last 14 days? If yes please specify:
Вы посещали другие страны в последние 14 дней? Если да, укажите, какие:

“I hereby declare that I am fit to travel and confirm that I have filled the information required accurately and I have carefully considered the statements made above and that to the best of my knowledge are complete, correct and that I have not withheld any relevant medical information or made any misleading statements. In case any of the above information is found to be false or untrue or misleading or misrepresenting, I am aware that I may be held liable for it.

Name:

Имя

Signature:

Подпись

Date:

Дата



نموذج الإفصاح الصحي

للمحافظة على صحتك، يرجى بتعبئة هذا النموذج حتى يتسنى للسلطات الصحية الاتصال بك إذا تعرضت لأي مرض معدي، لذا يتوجب تعبئة هذا النموذج بدقة. يتم الاحتفاظ بالمعلومات الخاصة بك وفقاً للقوانين المعمول بها حيث يتم استخدامها لأغراض تتعلق بالصحة العامة.

الإسم:	إسم العائلة:	الجنسية:	الجنس:
رقم الجواز/ بطاقة الهوية:	تاريخ الرحلة:	رقم الرحلة:	رقم المقعد:
مطار المغادرة:	الوجهة النهائية:	رقم الهاتف:	رقم هاتف آخر
عنوان السكن في الامارات الامارة:	اسم المنطقة و الشارع:	اسم الفندق او رقم الفيلا/الشقة:	

1. هل تم تشخيصك كمريض كوفيد-19؟ نعم / لا | إذا كانت الإجابة نعم، متى: _____
2. هل خالطت مريض تم تشخيصه بكوفيد-19 في الـ 14 يوم الماضية؟ نعم / لا
3. هل تعاني من الحمى أو أي أعراض تنفسية مثل "السعال والعطس وصعوبة التنفس" خلال الأيام الثلاثة الماضية؟ نعم / لا
4. هل لديك تأمين صحي ساري المفعول في دولة الإمارات العربية المتحدة؟ نعم / لا
5. هل سافرت إلى دولة أخرى في الـ 14 يوم الماضية؟ نعم / لا | إذا أجبت بنعم فيرجى تحديد الدول: _____

"أقر بأنني لائق للسفر وأؤكد أنني قمت بتعبئة و مراجعة البيانات المطلوبة بدقة وعناية، و لم أحجب أي معلومات طبية ذات صلة، و لم أدلى بأي معلومات مضللة. وأتحمل كامل المسؤولية في حالة عدم صحة المعلومات المذكورة أعلاه.

التاريخ:

التوقيع:

الاسم: